

Cristina Marisa Ferreira de Sousa

Projeto de Graduação

Violência na terceira idade: a realidade no concelho de Paredes

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
1º Ciclo de estudos em Serviço Social

Porto, 2012

Cristina Marisa Ferreira de Sousa

Projeto de Graduação

Violência na terceira idade: a realidade no concelho de Paredes

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
1º Ciclo de estudos em Serviço Social

Porto, 2012

Cristina Marisa Ferreira de Sousa

Projeto de Graduação

Violência na terceira idade: a realidade no concelho de Paredes

Cristina Marisa Ferreira de Sousa

Projeto apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Serviço Social, sob orientação da Mestre Madalena Oliveira.

Porto, 2012

*“Que sabes tu de tanto estar só assim?
Só e abandonado como um velho no jardim.
Olhar triste e cansado procurando alguém
E a gente que passa ao seu lado olha-o com desdém.
Sabes, eu acho que todos fogem de ti
Para não ver a imagem da solidão que irão viver
Quando forem como tu,
O resto de tudo que existiu!
Quando forem como tu,
Um velho sentado no jardim!”*

(Mafalda Veiga)

Sumário

Com o aumento do número de idosos, as sociedades atuais deparam-se com inúmeros desafios e novos problemas sociais, dos quais o tema da violência é apenas um de muitos. No presente projeto procura-se definir e compreender o que é a violência sobre os idosos, a sua prevalência, teorias explicativas do fenómeno, fatores de risco e de prevenção.

Realizou-se também um estudo sobre a realidade deste fenómeno no concelho de Paredes, utilizando como instrumento de recolha de informação o inquérito por questionário, administrado a idosos institucionalizados e não institucionalizados. A amostra é constituída por 150 indivíduos, dos quais, 60 são idosos não institucionalizados e 90 são idosos institucionalizados. Salienta-se que após a análise dos resultados verificamos que, a tipologia de violência que prevalece neste concelho é o abuso financeiro.

Palavras-chave: Idosos, violência, institucionalização.

Agradecimentos

Apresento aqui os meus agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a vencer esta etapa:

À minha família, que sempre fizeram tudo para que eu tivesse todas as condições para alcançar todos os meus sonhos. A vós dedico com muito amor, mais esta etapa ultrapassada na minha vida! Sem o vosso apoio nada disto seria possível. Obrigado!

Ao Bruno Silva, que me apoiou imenso, foi um bom companheiro, esteve sempre presente nestes três longos anos.

À minha prima Vera Ferreira pela disponibilidade, dedicação e companhia em todos os momentos bons e menos bons.

Agradeço à Dra. Luísa, à Dra. Elsa Teixeira e à Dra. Susana Pelota pela disponibilidade e carinho.

À Dra. Antónia Soares pela amizade e ajuda prestada.

Às minhas companheiras de viagem, pelas nossas conversas e apoio mútuo.

Agradeço às colegas Ana Filipa Tribuzi e Conceição Teixeira pelo carinho, amizade e força que sempre demos umas às outras.

À Professora Madalena Oliveira, pela disponibilidade e apoio que sempre demonstrou aquando de todas as minhas abordagens. O meu sincero obrigado!

Obrigado!

A todos vós bem hajam!

Índice de Siglas

ONU – Organização das Nações Unidas

NEAIS – *National Elder Abuse Incidence Study*

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

EUA – Estados Unidos da América

SPSS – *Statistical Program of Social Sciences*

SAD – Serviço de Apoio ao Domicílio

Índice de Anexos

Anexo A – Questionário - Idosos Institucionalizados

Anexo B – Questionário - Idosos Não Institucionalizados

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Alguma vez alguém o/a ameaçou, tocando-lhe de uma forma que você não gosta ou causando-lhe danos físicos?	31
Gráfico 2 – Alguma vez alguém o/a ameaçou verbalmente, falando-lhe de uma forma que você não gosta, ofendendo-o?.....	31
Gráfico 3 – Alguma vez alguém o/a ameaçou, tocando-lhe de uma forma que você não gosta ou causando-lhe danos físicos?	35

Índice Tabelas

Tabela 1 - Caraterização geral da população	26
Tabela 2 – Caraterização da população institucionalizada.....	29
Tabela 3 - Em média, quantas horas passa sozinho/a diariamente?	30
Tabela 4 – Alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro?	30
Tabela 5 - Já foi obrigado/a a tomar medicação sem a mesma ser prescrita pelo médico?	32
Tabela 6 – Caraterização da população não institucionalizada	33
Tabela 7 - Em média, quantas horas passa sozinho/a diariamente?	34
Tabela 8 – Alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro?	34
Tabela 9 – Alguma vez sentiu que, os seus familiares o/a tratam de forma diferente: ignorando ou subestimando as suas ideias, quando esperava que falassem/conversassem consigo?	35
Tabela 10 – Os seus filhos/familiares próximos disponibilizam-se a ajudá-lo/a a realizar as tarefas quotidianas?	36
Tabela 11 – Os seus filhos/familiares visitam-no/a pelo menos ½ vezes por semana? .	36

Índice Geral

Sumário	VI
Agradecimentos	VII
Índice de Siglas	VIII
Índice de Anexos	IX
Índice de Gráficos.....	X
Índice Tabelas	XI
Índice Geral.....	XII
Introdução Geral	1
PARTE I – Enquadramento Teórico	3
Capítulo I.....	4
I.1. Violência e envelhecimento	4
I.2. Tipologias de violência sobre o idoso	8
I.3. Características das vítimas	9
I.4. Características dos ofensores.....	10
Capítulo II	11
II.1. Violência sobre o idoso em contexto institucional	11
II.2. Teorias do envelhecimento	14
II.2.1. A Teoria da Subcultura.....	14
II.2.2. A Teoria das Dinâmicas Intra-individuais.....	15
II.2.3. A Teoria das Relações de Troca e Dependência	15
II.2.4. A Teoria da Transmissão Intergeracional dos Comportamentos Violentos .	15
II.2.5. A Teoria do Isolamento Social	16
II.3. Fatores de risco de violência sobre o idoso.....	16
II.4. Fatores de prevenção de violência sobre o idoso	17
II.5. Estudos de prevalência deste fenómeno.....	20
PARTE II - Estudo Empírico	24
Capítulo III – Enquadramento Metodológico	25
III.1. Objetivos do estudo	25
III.1.1. Objetivo Geral	25
III.2. Participantes.....	26
III.3. Instrumentos.....	26

III.4. Procedimentos	28
Capítulo IV – Resultados e discussão de resultados.....	29
IV.1. Resultados - Idosos Institucionalizados.....	29
IV.1.1. Caraterização da população	29
IV.2. Tipologias de maus-tratos.....	30
IV.2.1. Solidão	30
IV.2.2. Abuso financeiro	30
IV.2.4. Violência verbal	31
IV.2.5. Negligência	32
IV.3. Resultados - Idosos Não Institucionalizados	33
IV.3.1. Caraterização da população-alvo	33
IV.4. Tipologias de maus-tratos.....	34
IV.4.2. Abuso financeiro	34
IV.4.3. Violência física	35
IV.4.4. Negligência	35
IV.5. Discussão de resultados	36
IV.6. Limitações e propostas para novos trabalhos.....	38
Reflexões Finais	40
Referências Bibliográficas	42
Anexos.....	45

Introdução Geral

O aumento da percentagem de idosos na sociedade é um fenómeno relativamente recente e esta alteração na estrutura da população não se deve, unicamente, ao aumento da esperança de vida, mas também ao declínio da mortalidade infantil, entre os jovens e os adultos de meia-idade. Esta conquista do tempo de vida considera-se como um dos maiores feitos da humanidade, representando mais tempo para o desenvolvimento pessoal e, paradoxalmente, um motivo de particular preocupação, por aumentar, significativamente, a vulnerabilidade ao risco de incapacidades e de se tornar vítima de violência.

Para realizar um estudo referente à violência exercida sobre os idosos, é necessário acompanhar a natureza das mudanças sociais em curso. É de referir que a questão da violência sobre os idosos não é um fenómeno novo, com a dimensão que o grupo social dos idosos tem na sociedade esta situação ganhou maior visibilidade social. Para além disso, as mudanças não se verificaram apenas ao nível social e das relações que se estabelecem na mesma, existem também ao nível da estrutura das famílias, incentivando o progressivo afastamento entre as diferentes gerações que a compõem. Verdade é que o funcionamento interno das famílias sofreu mudanças profundas, acompanhando o advento de uma sociedade cada vez mais individualizada. É de referir ainda que esta situação não pode, nem deve ser descontextualizada das conceções sociais sobre a imagem e o papel social do idoso.

O envelhecimento é acompanhado por uma série de transformações da pessoa tanto a nível social, psicológico e físico. Os idosos, no século XXI, sentem-se atormentados pelo isolamento, pelo silêncio, pela família em profunda mudança. A situação demográfica atual, as necessidades de novas perspetivas de intervenção social e prevenção da violência motivam a nossa investigação.

Este estudo surge na sequência do estágio realizado na Santa Casa da Misericórdia de Paredes, que incidiu, em particular nas temáticas ligadas à terceira idade. Com o presente estudo pretendemos perceber até que ponto o fenómeno da violência na terceira idade é uma realidade no concelho de Paredes e de que forma se manifesta, identificar

os tipos de violência praticados sobre a população idosa residente, assim como quantificar o número de vítimas e identificar o género e a idade em que predomina o abuso na terceira idade, com a intenção de, futuramente, se criarem medidas de prevenção nesta matéria.

O projeto encontra-se dividido em duas partes distintas: o enquadramento teórico e o estudo empírico. A primeira parte está dividida em dois capítulos: no primeiro abordamos os conceitos de violência e envelhecimento, as tipologias de violência sobre o idoso e as características das vítimas e dos ofensores, no segundo abordamos a violência sobre o idoso em contexto institucional, as teorias do envelhecimento, os fatores de risco e de prevenção de violência sobre o idoso e estudos de prevalência deste fenómeno.

A segunda parte está também organizada em dois capítulos: no primeiro identificamos a metodologia utilizada, bem como delineamos os objetivos da investigação, caracterizamos a nossa amostra, apresentamos os instrumentos e procedimentos utilizados. No segundo capítulo serão apresentados e discutidos os resultados do nosso estudo.

PARTE I – Enquadramento Teórico

Capítulo I

Neste primeiro capítulo iremos apresentar vários conceitos importantes, nomeadamente, o conceito de violência, de envelhecimento, as tipologias de violência, conceito de vítima, características das vítimas, conceito de ofensor e as suas características.

I.1. Violência e envelhecimento

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (Krug, 2002), a violência é o uso intencional de poder ou força física sob a forma de ameaça contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem uma grande probabilidade de resultar em ferimentos, danos psicológicos ou morte.

Os maus-tratos a pessoas idosas - conhecido como " abuso do idoso" - foi descrito pela primeira vez em revistas científicas Inglesas em 1975, sob o termo " espancamento dos avós " (Baker & Burston, 1975, *cit. in* Krug, 2002). No entanto, enquanto questão social e política, foi o Congresso dos Estados Unidos que primeiro assimilou o problema, seguido mais tarde por investigadores e profissionais. Durante os anos 1980, diversas ações governamentais e estudos científicos foram realizados em diferentes países como na Austrália, Canadá, China, Noruega, Suécia e nos Estados Unidos e na década seguinte na Argentina, Brasil, Chile, Índia, Israel, Japão, África do Sul, Reino Unido, entre outros países europeus (Krug, 2002).

Embora o abuso a idosos tenha sido identificado pela primeira vez em países desenvolvidos, onde a maioria das pesquisas existentes foram conduzidas, os indícios e outros relatórios de alguns países em desenvolvimento têm mostrado que é um fenómeno universal. Que o tema do abuso está a ser levado muito mais a sério agora, reflete a crescente preocupação mundial sobre os direitos humanos e a igualdade de género, bem como sobre a violência doméstica e o envelhecimento da população (Krug, 2002).

Com a maioria dos países em desenvolvimento só recentemente a terem consciência do problema, as informações sobre a frequência de abusos baseou-se em cinco pesquisas,

realizadas na década passada, em cinco países desenvolvidos (Pillemer, 1988 & Comijs, 1998, *cit. in* Krug, 2002). Os resultados mostraram uma taxa de abuso de 4% a 6% entre os idosos, estando todos os tipos de abuso incluídos, nomeadamente físico, psicológico, financeiro e por negligência. A maior dificuldade em fazer comparações entre os estudos é a variação dos períodos de tempo em que ocorrem os abusos. Os estudos realizados no Canadá, na Holanda e nos Estados Unidos referem-se ao “ano anterior”. O estudo realizado na Finlândia investigou o abuso desde a “idade da reforma”, enquanto que o estudo na Grã-Bretanha examinou casos referentes aos “últimos anos” (Krug, 2002).

O primeiro conjunto de estudos (Canadá, Holanda e Estados Unidos) não encontraram nenhuma diferença significativa nas taxas de prevalência de abuso por idade ou por género, já o estudo realizado na Finlândia encontrou uma maior percentagem de vítimas do sexo feminino (7,0%) do que vítimas do sexo masculino (2,5%), enquanto nenhum detalhe por idade ou género foi dado no estudo Britânico. Por causa das diferenças utilizadas na metodologia dos cinco levantamentos e do relativamente pequeno número de vítimas, a análise comparativa não se justifica (Krug, 2002).

Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial da Saúde na Organização Mundial da Saúde declarou a violência o maior problema de saúde pública e, como consequência dessa resolução, solicitou aos países membros da ONU que dessem uma urgente atenção a essa questão. Fruto também dessa resolução, foi realizado o primeiro relatório sobre violência e saúde (OMS, 2002, *cit. in* Freitas, Py, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006).

Outro marco importante foi a inclusão da questão dos maus-tratos aos idosos no documento do Plano de Ação da II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madrid em 2002, contrariamente à I Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Viena, em 1982, que não havia feito menção alguma à questão da violência contra os idosos (Freitas, Py, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006).

“Após esta breve introdução, cabe perguntar: o que é o abuso, os maus-tratos ou a negligência dos idosos? De que é que se fala quando se fala de abuso de idosos? Em que definições

podemos confiar ou por quais nos deveremos orientar para olhar para um fenómeno ainda não muito consciencializado ou conhecido? (Alves, 2005, p. 4) ”.

O abuso de idosos é um fenómeno universal, não se limita a nenhum dos sexos, à religião, à cultura, à etnia ou à classe social. O abuso pode ocorrer em diferentes cenários, como casas particulares, instituições sociais ou hospitais (Glasgow & Fanslow, 2007). É identificado como um ato único ou repetido, ou a falta de ações adequadas que acontecem numa relação que se espera ser de confiança, que causa dano ou angústia ao idoso (Action on Elder Abuse, 2004 & WHO/INPEA, 2002, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

Segundo Karl (2008) as pessoas idosas são, tal como as crianças, seres frágeis e sem defesa, daí os maus-tratos serem incomodativos para ambos. Durante muito tempo os idosos permaneceram em silêncio, devendo-se ao facto de terem medo de quebrar o único laço afetivo que lhe resta ou por temer represálias. Karl (2008) refere que a dimensão dos maus-tratos não deve ser subestimada e dá ênfase a uma campanha publicitária consideravelmente chocante, lançada pelo Conselho Geral de Essone (França), em novembro de 1999. Nesta campanha eram visíveis painéis com anúncios que mostravam dois recipientes colocados lado a lado no chão, um tinha escrito “Rex”, o outro tinha escrito “Avós”, de forma a causar a seguinte interrogação: a avó beneficia dos mesmos cuidados atentos que o animal de companhia? (Karl, 2008).

O envelhecimento e a velhice são fenómenos intrínsecos ao desenvolvimento do ser humano que contêm, na atualidade, uma série de preconceitos que não abonam a favor da formação das vivências de perda. Isto porque, as sociedades ocidentais são sistemas onde tendencialmente se representa a velhice de forma negativa (e. g., como doença, incapacidade ou senilidade), numa série de estereótipos que já vão sendo corrigidos pelos diversos trabalhos científicos emergentes sobre os processos de envelhecimento, nomeadamente na área da geriatria e da psicogerontologia (Cardão, 2009).

De acordo com Cardão (2009), todo o ser humano cresce e evolui, logo, envelhece. A velhice é uma etapa de vida marcada pela longevidade, que embora tenha o processo de

envelhecimento como pano de fundo, não se confunde com este. Envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte, inerente a todos os seres vivos. Ser mais velho implica, nesta perspetiva, a passagem do tempo e a quantidade de anos que se vive. Contudo, uma análise cronológica do envelhecimento pode induzir a vários erros de avaliação quando se observa que, por vezes, alguém com 70 anos de idade parece ser mais jovem do que outro com 30 anos; ou quando se considera que, dentro da mesma faixa etária, uma pessoa parece muito mais velha do que a outra.

Imagínario (2004) defende algumas teorizações em volta do conceito de envelhecimento, que traduzem-no como um processo de desenvolvimento progressivo e multifatorial, determinado pelo declínio das alterações biológicas e funções adaptativas, que se tornam mais evidentes com o avanço da idade.

Osório (2007) refere que o envelhecimento é um processo vital que tem vindo a ganhar vigor nos últimos anos e afirma que esse processo constitui uma dimensão positiva que permite um desenvolvimento no âmbito de novas atividades (e.g., educativas). Os estereótipos negativos sobre as pessoas idosas estão a mudar na nossa sociedade, visto que passou a existir um desenvolvimento contínuo na vida adulta.

Por conseguinte, os autores definem de modo diferente o que se entende por envelhecimento, mas em geral referem-no como um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo. Segundo Robert (1994, *cit. in* Oliveira, 2005) o envelhecimento consiste numa perda “progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”. Trata-se de um processo complexo, diferencial (específico de cada pessoa), contínuo (embora com movimentos diferentes), inevitável e irreversível.

Do ponto de vista bio-psico-social, pode dizer-se que não se envelhece da mesma forma, no mesmo ritmo e na mesma época cronológica. O que significa que, embora o envelhecimento seja comum a todas as pessoas, revela características próprias de pessoa

para pessoa, consoante a constituição biológica e a estrutura da personalidade, em estreita interação com o meio (Spar & La Rue, 1998; Fontaine, 2000, *cit. in* Cardão, 2009).

Em suma, a violência pode existir sobre qualquer indivíduo da nossa sociedade, independentemente das suas características físicas, psíquicas e/ou sociais. A evolução deste fenómeno deve-se simplesmente ao facto de que passou a ser um crime público, enquanto que antigamente não o era.

O envelhecimento nem sempre é encarado de forma positiva pelo indivíduo, devido ao aparecimento das doenças, alterações físicas e psicológicas. Contudo, é um processo gradual que atinge todo o ser humano, embora em alguns casos o envelhecimento físico não signifique envelhecimento psíquico.

1.2. Tipologias de violência sobre o idoso

A violência pode manifestar-se de diversas formas, desde maus-tratos físicos, sexuais, psicológicos/emocionais, financeiros/materiais, institucional, do parceiro, social, por discriminação e negligência.

Glasgow e Fanslow (2007) consideram as seguintes manifestações de violência contra a pessoa idosa: a) física: infligir dor física, lesões ou força, incluindo o abuso de medicamentos (uso accidental ou deliberado de medicamentos e prescrições que resultam em danos para o idoso) e o uso inapropriado de clausura ou confinamento que causa dor ou lesão corporal; b) sexual: qualquer comportamento forçado, coagido ou de exploração sexual ou sob a forma de ameaças impostas a um indivíduo, incluindo atos sexuais sem consentimento ou atividades sexuais com um adulto, que apresente incapacidade mental de perceber o que está a acontecer; c) psicológica/emocional: qualquer comportamento que causa angústia, stress ou medo, incluindo a agressão verbal, intimidação, assédio, danos à propriedade, ameaças de violência física ou sexual e a remoção de poderes de decisão; d) financeira/material: o uso ilegal de fundos ou outros recursos e/ou exploração económica; e) negligência: ocorre quando uma outra pessoa (e. g., cuidador) não satisfaz as necessidades físicas e emocionais do idoso.

Segundo Glasgow e Fanslow (2007) outros sub-tipos de violência identificados na literatura, que podem ser agrupados aos referidos anteriormente, são: a) violência do parceiro: abuso ou negligência durante um longo ou curto período de tempo na vida (e.g., o parceiro assume um papel de poder, visto que a vítima depende deste, e por isso não corresponde às necessidades da vítima); b) violência institucional: como as que ocorrem no âmbito dos cuidadores institucionais, nas quais uma política ou prática pode resultar em abuso ou negligência (e.g., a não existência de flexibilidade nas práticas institucionais, que podem não se adequar às necessidades individuais dos idosos); c) violência por discriminação: desrespeito e atitudes inadequadas, incluindo o comportamento que é percebido de forma desonrosa ou insultuosa por parte dos mais velhos (e.g., a falta de compreensão por parte dos cuidadores em relação àquilo que os idosos percebem acerca da realidade); d) violência estrutural/social ou sistemática: marginalização dos idosos, devido, por exemplo, a políticas económicas e sociais (e.g., a falta de consciência por parte de órgãos sociais em relação ao papel do idoso na sociedade).

I.3. Características das vítimas

(...) Entende-se por “vítima” a pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou mental, um dano moral, ou uma perda material (...) (APAV, 2009, p. 35).

Na Europa, mais precisamente em França, uma linha de apoio a idosos e portadores de deficiência vítimas de violência reportou que, 75% dos crimes violentos são contra mulheres com mais de 79 anos de idade, que são normalmente dependentes, incapazes de se protegerem ou de reagirem em autodefesa contra o agressor (AGE, 2009, *cit. in* Cardoso & Segal, 2009).

Estudos realizados nos últimos anos destacam algumas características das vítimas, nomeadamente: o facto de muitas pessoas idosas viverem sozinhas, apenas com um parente, geralmente seu descendente, filho ou neto. Assim sendo, pode dizer-se que esta é uma característica relacionada com as pessoas idosas vítimas de crime e de violência.

O seio familiar que poderia/deveria representar um local seguro e acolhedor, proporciona situações de violência (Floyd, 1983, *cit. in* APAV, 2010).

De acordo com Phillips (1983, *cit. in* APAV, 2010) as pessoas idosas vítimas de violência encontram-se emocionalmente frágeis, devido à vitimação prolongada, que num ciclo vicioso, origina sofrimento e vulnerabilidade em relação ao comportamento violento. No entanto, Koseberg (1988, *cit. in* APAV, 2010) refere que alguns idosos desenvolvem um comportamento de resignação e tolerância em relação aos agressores.

Existem situações nas quais o idoso culpabiliza-se pelas situações de abuso, principalmente quando o agressor mantém uma relação de afetividade com este. Desta forma, quando o idoso e o seu cuidador dependem mutuamente um do outro, torna-se um fator de risco que pode gerar abuso. A maioria das vítimas, quer sejam oriundas de zonas rurais ou urbanas, geralmente vivem isoladas da família e de toda a comunidade, ou seja, convivem exclusivamente com o agressor (APAV, 2010).

Segundo Quinn & Tomita (1997, *cit. in* Alves, 2005) o abuso de idosos é um assunto desvalorizado pelas próprias vítimas, pois estas temem as seguintes situações: a) a perda do cuidador, mesmo sendo este abusivo; b) ficar só, sem ter ninguém que cuide dele; c) ser colocado numa instituição; d) a perda de privacidade e de relações familiares; e) recriminações pelo alegado abusador; f) exposição pública e intervenção exterior; g) a desvalorização do ato abusivo; h) ser responsáveis pelo comportamento abusivo.

I.4. Características dos ofensores

Gonçalves e Machado (2005) nos seus textos consideram que ofensores violentos e perigosos são todos os indivíduos que exibem comportamentos ou atitudes marcadamente anti-sociais e que, colocam em risco a integridade física e psicológica de outras pessoas.

O agressor pode ser qualquer um que lida com a pessoa idosa, incluindo: parceiro/cônjuge, filhos adultos ou outro parente; amigo, vizinho ou visitante; paciente ou utente; prestador de cuidados de saúde ou auxiliares de ação direta; dono de

instituições de terceira idade; trabalhador voluntário; pessoa que tutela os assuntos do idoso (e.g., advogado/tutor) (Age Concern New Zealand, 2005 & Hong, 2004, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

No estudo realizado na Nova Zelândia (Age Concern New Zealand, 2005 & Hong, 2004, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007) concluiu-se que, segundo a análise de casos de abuso do idoso, efetuada pelos serviços sociais, a grande maioria dos abusos são perpetrados pelos filhos adultos (40%) ou pelo cônjuge/parceiro (15%). O que vai de encontro ao que Quinn & Tomita (1986, *cit. in* APAV, 2010) referem, isto é, que o agressor de uma pessoa idosa, geralmente, é o seu filho ou filha, que coabitam na mesma residência e a vítima depende dos seus cuidados.

Os agressores podem apresentar algum problema psicológico, serem dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas (Araújo, 2009).

As pessoas propensas a realizar o abuso são aquelas que: a) sofrem de stress, apoio inadequado, falta de supervisão e formação no seu papel de cuidador; b) sofrem de stress proveniente do desemprego, de fatores económicos ou de saúde; c) dependem da vítima no apoio emocional, económico e habitacional; d) têm historial de conflitos e tensões familiares; e) têm historial de álcool e drogas; f) têm pouco apoio e contatos sociais; g) têm dificuldade em controlar estados de raiva e frustração; h) têm sentimentos de baixa autoestima (Age Concern New Zealand, 2005 & Hong, 2004, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

Capítulo II

No presente capítulo abordaremos a violência sobre o idoso em contexto institucional, as teorias do envelhecimento, os fatores de risco e de prevenção de violência sobre o idoso e focaremos ainda alguns estudos acerca da prevalência deste fenómeno.

II.1. Violência sobre o idoso em contexto institucional

A institucionalização para o idoso é uma fase de mudança e esta é sempre encarada de

forma negativa, deixando-o inseguro, que por sua vez, pode ser uma abertura para doenças a nível físico e mental. Logo, é necessário trabalhar esta mudança com calma no sentido de minimizar o trauma.

Uma pessoa idosa que se encontre institucionalizada pode ser vítima de crime num contexto que a inibe frequentemente de obter a sua autonomia e liberdade, e que a submete a regulamentos internos (e.g., o facto de o idoso ter de pedir permissão ao/à director/a para sair da instituição) (APAV, 2010).

Foram identificados maus-tratos de pessoas idosas em instalações para cuidados continuados (e.g., instituições, lares, hospitais, centros de dia) em quase todos os países onde tais instituições existem. Várias pessoas podem ser responsáveis pelo abuso: um auxiliar, um utente, um voluntário, parentes ou amigos. Uma relação negligente ou abusiva entre um idoso e o seu cuidador domiciliário pode não acabar, mesmo quando o idoso entra para o cuidado institucional, o abuso pode, por vezes, continuar sob um novo formato (Krug, 2002).

Deve ser feita uma distinção entre atos individuais de abuso ou negligência em contexto institucional e o abuso institucional, no qual o regime prevalente da instituição é em si abusivo ou negligente. Na prática, porém, é muitas vezes difícil afirmar se as razões para o abuso ou negligência, encontradas em contexto institucional, foram causadas por atos individuais ou através de falhas institucionais, uma vez que os dois são frequentemente encontrados juntos (Krug, 2002).

O fantasma do abuso e negligência no interior das instituições abrange uma variedade considerável de fatores (Bennett, 1997, *cit. in* Krug, 2002), e pode estar relacionado com qualquer um dos seguintes: a) prestação de cuidados: e.g., resistência a mudanças na medicina geriátrica, a erosão da individualidade no cuidado, nutrição inadequada e deficientes cuidados de enfermagem (como a falta de atenção nas úlceras de pressão); b) problemas com o pessoal: e.g., stress físico e psicológico do pessoal, pobres condições físicas de trabalho, formação insuficiente e problemas psicológicos entre o pessoal; c) dificuldades na interação com o pessoal residente: e.g., má comunicação, agressividade por parte dos utentes e diferenças culturais; d) meio ambiente: e.g., a falta de

privacidade, instalações em mau estado de conservação, a utilização de amarras, estimulação sensorial inadequada e propensão a acidentes dentro da instituição; e) políticas organizacionais: e.g., os que trabalham para o benefício da instituição, dando aos utentes poucas escolhas sobre a vida diária; atitudes burocráticas ou insensíveis para com os utentes; falta de colaboradores ou colaboradores a mais; fraudes envolvendo bens ou dinheiro dos utentes e a falta da existência de assembleias para os utentes ou assembleias para a família destes.

Com o estado atual de conhecimento, é impossível saber o quão generalizadas estas condições são. As dez primeiras deficiências gerais citadas pelo Governo dos Estados Unidos no levantamento de 1997 referentes a 15 000 Instituições foram: a) na preparação de alimentos (21,8 %); b) na avaliação exaustiva: uma avaliação documentada de todas as necessidades de cuidados, incluindo médicos, de enfermagem e assistência social (17,3%); c) no plano de cuidados: geralmente sob a forma de um documento especificando os cuidados do dia-a-dia de um indivíduo e o responsável por estes, com comentários sobre os progressos e mudanças necessárias (17,1%); d) nos acidentes (16,6%); e) nas úlceras de pressão (16,1%); f) na qualidade dos cuidados (14,4%); g) nas limitações físicas (13,3%); h) na limpeza (13,3%); i) na falta de dignidade (13,2%); j) na prevenção de acidentes (11,9%) (Harrington, 2000, *cit. in* Krug, 2002).

O abuso e a negligência podem ocorrer em muitos tipos de instituições, inclusive aquelas que parecem fornecer uma elevada qualidade de cuidados aos utentes. Uma das principais conclusões provenientes de uma análise de inquéritos, relativa a abusos em instituições, sugeriu que um bom regime de cuidados pode ser transformado num abuso relativamente rápido e fácil, pouco detetável pelo exterior (Clough, 1999, *cit. in* Krug, 2002).

Daichman, Aguas & Spencer (2008) alertam que, a prevalência dos maus-tratos em contextos institucionais tem sido raramente medida e referem um estudo clássico realizado nos Estados Unidos, onde 10% do pessoal de enfermagem em contextos institucionais admitiram ter cometido atos de abuso físico e 40% admitiram atos de abuso psicológico a idosos no primeiro ano de residência.

Uma outra questão levantada por Daichman *et al.* (2008) tem a ver com os fatores que levam à violência e que sugere que os maus-tratos dentro das instituições abrangem valores consideráveis e que podem estar relacionados com qualquer um dos seguintes: a) problemas com pessoal (e.g., stress de trabalho e *burnout*, fracas condições de trabalho, treino insuficiente, problemas psicológicos dos colaboradores); b) dificuldades de relacionamento entre colaboradores e utentes (e.g., pouca e fraca comunicação, agressividade por parte dos utentes, diferenças culturais); c) ambiente (e.g., falta de privacidade, instalações em ruínas, uso de restrições, estimulação sensorial inadequada, propensão para a ocorrência de acidentes na instituição); d) a prestação de cuidados (e.g., resistência às mudanças de medicina geriátrica, o desgaste da individualidade no atendimento, falta de nutrição, uma assistência de enfermagem deficiente).

Os abusos mais frequentemente praticados sobre os idosos em contexto institucional são a existência de restrições excessivas, a sub ou sobre medicação, a agressão verbal e o abuso material ou financeiro (Daichman *et al.*, 2008).

Dias (2005) refere que, nestes contextos, os idosos podem ser alvo de processos de infantilização (são tratados como crianças irresponsáveis), de despersonalização (necessidades individuais não tidas em consideração), de desumanização (são ignorados e a privacidade não é respeitada) e de vitimação (são agredidos na sua integridade física e moral).

II.2. Teorias do envelhecimento

Estudos realizados sobre os fatores de risco de violência doméstica contra as pessoas idosas têm apontado algumas teorias do envelhecimento, entre as quais salientamos: a Teoria da Subcultura, Teoria das Dinâmicas Intra-individuais, Teoria das Relações de Troca e Dependência, Teoria da Transmissão Intergeracional dos Comportamentos Violentos e a Teoria do Isolamento Social.

II.2.1. A Teoria da Subcultura

Esta teoria refere que os idosos possuem uma cultura própria de isolamento e, em

alguns casos, tal cultura acaba por ser mais forte do que o facto de pertencer a uma determinada classe ou género (Dias, 2005). A presente teoria destaca também a solidão que caracteriza muitas vezes a população idosa, devido às perdas das pessoas queridas que ao longo dos anos foram vendo partir (Fernández-Ballesteros, 2004).

II.2.2. A Teoria das Dinâmicas Intra-individuais

Expõe que os idosos que coabitam com familiares que sofram de problemas mentais, emocionais ou de psicopatologias e que tenham comportamentos aditivos, como consumos de álcool e drogas, correm um risco elevado de serem vitimados. É importante salientar que os comportamentos aditivos não são o único fator de risco. Esta teoria chamou a atenção para o perigo que é uma pessoa idosa estar sob os cuidados de um parente que sofra destes condicionalismos (Manual Alcipe, 2010).

II.2.3. A Teoria das Relações de Troca e Dependência

Considera que, tanto a elevada dependência das pessoas idosas em relação à prestação de cuidados por parte de familiares (e.g., cônjuges, filhos), como a dependência destes em relação às prestações financeiras, são fatores de risco de violência. Assim, há casos em que os familiares prestadores de cuidados dependem mais das pessoas idosas do que o contrário, nomeadamente: ao nível da habitação, das posses, da prestação financeira da reforma ou de apoios financeiros pontuais (e.g., compra de um automóvel, doação de uma propriedade). Pode existir um desequilíbrio nas trocas, pelo facto de as pessoas idosas darem mais do que aquilo que recebem, ou seja, cuidados pouco gratificantes e a sucessiva vitimação. Esta teoria é aplicável tanto para as pessoas idosas economicamente mais favorecidas, como para as mais desfavorecidas, pois o apoio financeiro da reforma dos idosos pode ser de extrema relevância no orçamento familiar (Manual Alcipe, 2010).

II.2.4. A Teoria da Transmissão Intergeracional dos Comportamentos Violentos

Vai de encontro ao argumento da teoria da aprendizagem social, isto é, uma criança que seja educada num contexto familiar violento, provavelmente, tornar-se-á num adulto

violento. A exposição à violência, a experiência como vítima e a observação da prática de maus-tratos sobre as pessoas idosas leva à aprendizagem de comportamentos abusivos e provavelmente à sua reprodução. Contudo, esta abordagem padece de sustentação empírica consistente, uma vez que muitos adultos que foram vítimas de violência na infância ou que presenciaram situações quotidianas de violência não têm reproduzido este modelo (Dias, 2009).

II.2.5. A Teoria do Isolamento Social

Afirma que este é um fator de risco para as pessoas idosas, sendo esta variável frequente nas vítimas de violência física. Desta forma, o isolamento social deve ser combatido como prevenção da violência. As redes sociais de apoio terão aqui um papel muito importante, podendo vigiar, controlar ou denunciar situações de pessoas idosas que, se não usufruíssem da presença assídua de profissionais (sobretudo profissionais de saúde e assistentes sociais) corriam maiores riscos de abuso (Manual Alcipe, 2010).

II.3. Fatores de risco de violência sobre o idoso

A agressão sobre o idoso pode acontecer por várias razões. Poderá existir antecedentes de violência na família ou uma má relação de longa duração entre a vítima e o agressor. Pode existir também uma luta interior por parte do cuidador acerca do seu papel. O impacto da demência, dos problemas mentais, do álcool e do abuso de substâncias nocivas são também um grande contributo para o abuso acontecer. Alguns fatores importantes são a qualidade do seio familiar, a relação com o cuidador e o nível de dependência. Na falta destes indicadores atrás mencionados é necessário ter em atenção o estado de saúde do idoso (físico e mental) e a estrutura do seio familiar (faixas etárias e o tipo de relação) (Refer, 2006; Krug, 2002; Age Concern New Zealand, 1992, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

A violência sobre o idoso é mais suscetível de acontecer quando: a) a vítima e o agressor vivem juntos; b) existe um histórico de violência familiar; c) existe um histórico de abuso sexual por resolver; d) o nível de dependência emocional, social, físico e financeiro (quer da vítima e/ou do agressor) tende a aumentar; e) existe falta de

apoio e ajuda para com o cuidador; f) existe uma recente mudança nas condições de vida. Existem também fatores associados aos agressores, tais como: a) historial de violência, álcool ou drogas; b) dependência financeiramente da pessoa idosa; c) saúde fraca; d) isolamento social (Refer, 2006; Krug, 2002; Age Concern New Zealand, 1992, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

Os fatores que podem reforçar a possibilidade de violência incluem situações em que: a) a família sofre uma imprevista mudança de circunstâncias; b) há um historial de mau relacionamento entre membros da família; c) as dificuldades resultam da inversão de papéis (e.g., se um pai ou mãe torna-se dependente do filho/a); d) os membros da família isolam-se e sentem a falta de manter outras relações que lhes poderiam proporcionar satisfação emocional, física e social; e) o cuidador é forçado a mudar o seu estilo de vida em resultado da sua assistência ao idoso; f) o idoso requer um cuidado que vai para além do que o cuidador lhe pode prestar; g) existem dificuldades no cuidado devido a deficiências visuais, auditivas e comunicacionais; h) o cuidador tem outras responsabilidades e dificuldades financeiras; i) o cuidador não recebe qualquer ajuda ou apoio; j) o idoso recusa apoio adequado para si próprio e para o cuidador; k) o idoso sofre de demência ou outra doença que pode levar a comportamentos imprevisíveis e repetitivos, agressão, apatia ou significativas mudanças na personalidade; l) existem pressões financeiras e/ou convicções sobre heranças ou sobre o poder económico, proprietário e de outros recursos (Refer, 2006; Krug, 2002; Age Concern New Zealand, 1992, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

II.4. Fatores de prevenção de violência sobre o idoso

No que diz respeito à prevenção, Cardoso & Segal (2009) referem que é importante compreender que esta só terá sucesso se existir uma abordagem multifacetada e multidisciplinar dirigida aos diferentes públicos-alvo. Geralmente as pessoas idosas conseguem proteger-se contra a violência, contudo, a questão é que um sintoma isolado de violência contra idosos pode não ser identificativo disso mesmo. Desta forma, poderá ser um desafio conseguir prevenir a violência contra a pessoa idosa quando existem indicadores isolados de incidentes físicos, psicológicos ou do meio social. Identificar a agressão é também difícil devido às diversas barreiras impostas pelas vítimas e pelos

seus responsáveis.

Estes podem ser alguns indicadores de quando existem suspeitas de abuso. Devemos estar atentos quando: a) há contradição entre o que se pode observar e as informações que o idoso dá, ou uma discrepância na percepção do idoso e do agressor suspeito; b) há discrepância entre uma lesão e a sua história, lesões inexplicáveis, histórias conflituosas, explicações vagas ou estranhas, ou negação; c) há pedidos frequentes para o cuidado ou tratamento de lesões comparativamente menores; d) há uma demora na procura de cuidados ou no relato de uma lesão; e) o idoso é descrito como “propenso a acidentes” ou tem um histórico de lesões, ou de ferimentos não tratados ou múltiplas lesões, especialmente em várias fases de cura; f) existem sucessivos acidentes ou pedidos de atendimento urgentes por parte das pessoas idosas, tendo por base sempre o mesmo ambiente de cuidados; g) existem manifestações de cuidados inadequados, incluindo a falta de higiene ou deficiente estado nutricional, condições médicas mal controladas, quedas frequentes e estados de confusão mental; h) um parente ou cuidador parece ser excessivamente protetor ou controlador, ou quando o idoso apresenta estados de raiva ou medo inexplicável para com o cuidador ou parente; i) há uma aparente incapacidade de pagar os bens alimentares, o vestuário, a habitação, ou as atividades sociais, ou quando o uso das posses / propriedades / fundos do idoso são questionáveis (Levine, 2003; Centro Comunitário de acesso aos cuidados de Waterloo Região, 2001; Bennett, 1994; Cochran & Petrone, 1987; Novo México Coalizão Contra a Violência Doméstica, (s/d), *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007).

Segundo Cardoso & Segal (2009) ajudar os idosos a diminuir os fatores de risco e a desenvolver mecanismos de proteção são aspetos decisivos para a prevenção, o que inclui: cuidar da sua própria saúde; procurar ajuda profissional se existirem problemas de droga, álcool e depressão no seu seio familiar; integrar grupos de ajuda (se existirem) de forma a conhecer os serviços de ajuda à violência doméstica existente; planear o futuro; manter-se socialmente ativo; conhecer os seus direitos; evitar o isolamento; promover ou fazer uso dos seus direitos de avós; fazer uso de programas adequados, tais como os direitos de trabalho e bem-estar dos avós existentes na Europa e assegurar o apoio por parte do Assistente Social.

Num nível mais básico, deve dar-se maior importância à prevenção primária. Isto requer a construção de uma sociedade que permita aos idosos viver as suas vidas com dignidade, adequadamente providos com as necessidades da vida e com oportunidades reais de autorrealização. Para as sociedades dominadas pela pobreza, o desafio é ainda maior (Krug, 2002).

A prevenção começa com a consciencialização. Uma importante forma de sensibilizar as pessoas, tanto entre o público em geral como entre os profissionais, é através da educação e formação. Aqueles que fornecem cuidados de saúde e serviços sociais a todos os níveis, tanto na comunidade como em configurações institucionais, devem receber uma formação básica para a deteção de abusos. Os meios de comunicação são uma segunda poderosa ferramenta para a sensibilização do problema e suas possíveis soluções, entre o público em geral, bem como as autoridades (Krug, 2002).

Os programas, em que os idosos desempenham um papel de liderança, para evitar o abuso dos idosos nas suas próprias casas, incluem: a) recrutar e treinar as pessoas mais velhas para servir como visitantes ou acompanhantes de outros idosos que estão isolados; b) criar grupos de apoio para vítimas de abusos; c) estabelecer programas comunitários para estimular a interação e participação social entre os idosos; d) construir redes sociais em comunidades, bairros ou unidades habitacionais para as pessoas idosas; e) trabalhar com pessoas idosas para criar programas de “autoajuda” que lhes permitam ser produtivos (Krug, 2002).

Evitar o abuso de idosos, ajudando os abusadores, particularmente jovens adultos, a resolverem os seus próprios problemas é uma tarefa difícil. Algumas das medidas que podem ser úteis incluem: a) oferecer serviços para o tratamento de problemas de saúde mental e abuso de substâncias; b) disponibilizar educação e empregos; c) encontrar novas maneiras de resolver os conflitos, especialmente onde o papel tradicional do idoso na resolução de conflitos tenha sofrido alterações (Krug, 2002).

Muito pode ser feito para prevenir o abuso de idosos em contextos institucionais. Algumas das medidas que podem ser úteis incluem: o desenvolvimento e implementação de planos completos de cuidados; formação do pessoal; políticas e

programas para tratar o stress laboral entre os funcionários; o desenvolvimento de políticas e programas para melhorar o ambiente físico e social da instituição (Krug, 2002).

II.5. Estudos de prevalência deste fenómeno

Alves e Sousa (2005) organizaram um estudo de caso, com o objetivo de identificar os determinantes de maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros e da negligência contra pessoas idosas. Neste trabalho recolheu-se uma amostra aleatória de 82 pessoas de três centros de dia localizados em Braga (18 homens e 64 mulheres), com idades compreendidas entre os 63 e os 88 anos. Concluiu-se que o risco de vitimização aumenta nas mulheres, nas pessoas mais velhas e quando o agressor percebe a fragilidade do estado de saúde da pessoa idosa.

No ano de 2010 foi realizado um estudo pelos Serviços Executivos de Saúde (Health Service Executive) que fazem parte do Centro Nacional de Proteção das Pessoas Idosas (National Center for the Protection of Older People) da Universidade de Dublin. No presente estudo foram examinadas as características do agressor, numa posição de confiança (e.g., cônjuges, filhos adultos, profissional de saúde) durante 12 meses de prevalência dos maus-tratos (Naughton, Drennan, Treacy, Lafferty, Lyons, Phelan, Quin, O'Loughlin & Delaney, 2010).

Aos participantes da pesquisa foram feitas perguntas sobre demografia, ocupação profissional, condições de vida, saúde física e mental dos agressores. Um determinado número de participantes recusou-se a fornecer informações detalhadas, exceto o tipo de relação que tinham (Naughton, *et al.*, 2010). Com este estudo observaram-se os seguintes resultados: a maioria das pessoas envolvidas nos maus-tratos apresentavam uma idade entre os 31 e os 64 anos de idade, sendo o género masculino identificado como o principal agressor, em comparação ao género feminino. A maioria dos agressores tinha um nível intermédio de escolaridade e eram casados ou viviam em união de fato. Mais de 50% dos indivíduos estavam desempregados na altura da agressão. No que concerne aos tipos de relacionamento, os filhos adultos jovens foram identificados em 50% dos casos como os agressores, seguido de outros parentes (24%) e

seguido dos cônjuges/ companheiros (20%). Houve apenas um caso de violência por parte de um colaborador de ação directa ao domicílio (Naughton, *et al.*, 2010).

A violência interpessoal registou ser a mais comum quando o agressor era o cônjuge/companheiro, por outro lado, que os filhos adultos estavam, principalmente, implicados tanto na violência interpessoal como no abuso financeiro. Este padrão reflete a aglomeração da violência, especialmente entre famílias. No que concerne a condições de vida, em 37% dos casos o agressor vivia com o idoso na altura da agressão e continuou a ser o caso de 30% das pessoas no momento da pesquisa. Em mais de três quartos dos casos a violência ocorreu na própria casa da vítima, 4% em casa de um parente e um único episódio numa instituição (Naughton, *et al.*, 2010).

O perfil dos agressores relatados suporta a dimensão socioeconómica para a violência sobre os idosos, com um elevado nível de desemprego e dependência de álcool identificados entre os autores. Um pequeno número de casos revelou que a violência esteve relacionada com o facto de o idoso cuidar de uma pessoa com problemas físicos, mentais ou deficiência mental. No entanto, em 50% dos casos de violência não existiam fatores de risco (Naughton, *et al.*, 2010).

Uma pesquisa realizada pelo *Canadian Center for Justice Statistics* no ano de 2000 sobre a violência familiar no Canadá constatou que 7% dos idosos haviam experimentado alguma forma de abuso emocional, 1% de abuso financeiro, e 1% de abuso físico ou de agressão sexual, perpetrados por crianças, cuidadores ou parceiros durante os últimos 5 anos (Krug, 2002). Os homens (9%) tinham mais probabilidade do que as mulheres (6%) de relatar o sofrimento emocional ou o abuso financeiro. Devido a diferenças nas perguntas do questionário e no período de tempo, estes resultados não podem ser comparados com o estudo anterior feito no Canadá, uma vez que foi encontrada uma percentagem muito menor de abuso emocional (1,4%) e uma maior taxa de abuso financeiro (2,5%) (Podnieks, 1992, *cit. in* Krug, 2002).

O estudo Americano “*The National Elder Abuse Incidence Study*” (1997), NEAIS, estimou que em 1996 houve 450 000 novos casos de abuso ou negligência, número que sobe para 551 000 se forem contabilizados os casos de autonegligência. Uma vez que os

EUA têm uma população de idosos na ordem dos 44 milhões de pessoas, isto dá uma taxa de quase 1,3% de ocorrência de abuso. Apesar dos elevados números de novos casos, apenas 21% foram reportados a agências apropriadas. Estes dados vão de encontro à teoria do iceberg, em que o abuso visível reportado a instituições de proteção, tem uma pequena percentagem quando comparado com o abuso não reportado. Além disso, ainda existem vários casos de abuso que nem sequer são identificados (Alves, 2005).

Há um quarto de século atrás, estimava-se que a percentagem de pessoas idosas a viverem em instituições, em países desenvolvidos, havia atingido os 9% (Kane, *et al.*, 1976 *cit in* Krug, 2002). Desde essa altura, tem havido uma mudança no grau de importância relativamente ao cuidado em família e uma diminuição da restrição no acesso a ambientes institucionais. As taxas atuais de uso de lares estão na ronda dos 4% a 7% em países como o Canadá (6,8%), Israel (4,4%), África do Sul (4,5%) e Estados Unidos (4%). Na maioria dos países africanos, os idosos podem ser encontrados em enfermarias de hospitais, casas para os necessitados e incapacitados, e, em alguns países da África Subsariana, em acampamentos de “bruxas” (Krug, 2002).

Devido às constantes mudanças sociais, económicas e culturais que estão a ter lugar em algumas sociedades em desenvolvimento, estas levarão as famílias a estar menos capazes de cuidar dos seus parentes em idade avançada e, portanto, pressagia-se uma crescente demanda por parte dos cuidados institucionais. Na China, a expectativa do cuidado institucional para os idosos está-se a tornar comum. Em Taiwan, China, o cuidado institucional ultrapassou rapidamente o cuidado familiar de idosos (Kwan, 2000, *cit. in* Krug, 2002).

Na América Latina, as taxas de institucionalização de pessoas idosas varia entre os 1% e 4%. O cuidado institucional não é mais considerado inaceitável para um idoso, mas é visto como uma alternativa para a sua família (Krug, 2002).

Apesar do facto de existir uma vasta literatura na qualidade dos cuidados em ambientes institucionais, e de existirem relatórios de inquéritos governamentais bem documentados de casos de abuso de idosos, assim como estudos etnográficos e histórias

personais, não há quaisquer dados nacionais disponíveis sobre a prevalência ou incidência de abuso, mas apenas dados locais de estudos em pequena escala (Krug, 2002).

Uma pesquisa realizada num estado dos Estados Unidos numa casa de cuidados de enfermagem revelou que 36% do pessoal de enfermagem entre outros elementos relataram ter testemunhado pelo menos um incidente de abuso físico por outros colaboradores no ano anterior, enquanto 10% admitiu ter cometido pelo menos um ato de abuso físico. Pelo menos um incidente de abuso psicológico contra um utente tinha sido observado por cerca de 81% da amostra no ano precedente, e 40% admitiram ter também cometido tal ato (Pillemer, 1990, *cit. in* Krug, 2002). Os resultados sugerem que os maus-tratos a idosos, residentes em instituições, podem ser ainda mais extensos do que geralmente se acreditava (Krug, 2002).

A probabilidade de ocorrerem abusos, tanto em casa como em ambientes institucionais, pode ser maior do que as estatísticas, recolhidas em países sobre atos violentos, geralmente indicam. Algumas das disparidades decorrem do facto de que o abuso de idosos passou despercebido até aos anos 1970. A morte de pessoas idosas, tanto em contexto institucional ou familiar, tem sido frequentemente atribuída a causas naturais, acidentais ou indeterminadas, quando na verdade são as consequências do comportamento negligente ou abusivo (Krug, 2002).

PARTE II - Estudo Empírico

Capítulo III – Enquadramento Metodológico

Concluída a primeira parte deste trabalho iremos debruçar-nos sobre a metodologia envolvida no processo de investigação, sendo referidos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo e as características da amostra. Seguidamente, serão descritos o instrumento utilizado, o procedimento adotado para administração dos mesmos e consequentemente os tratamentos estatísticos dos dados recolhidos por esses instrumentos. Posteriormente serão expostos os resultados do presente estudo e a discussão, finalizados com as limitações do estudo e propostas para futuros estudos.

III.1. Objetivos do estudo

III.1.1. Objetivo Geral

Tal como constatamos através da revisão bibliográfica efetuada, os idosos institucionalizados são muitas vezes alvo de maus tratos por parte dos seus cuidadores. Assim, urge fomentar a carecida investigação deste fenómeno no nosso país. Assim levamos a cabo um estudo no concelho de Paredes onde tentamos caracterizar comportamentos abusivos que ocorrem com idosos institucionalizados e não institucionalizados. Deste modo, o objetivo principal deste estudo pretende aferir se os idosos institucionalizados e não institucionalizados do concelho de Paredes são vítimas de violência. Especificamente, pretende-se:

- a) Identificar e caracterizar os tipos de violência praticados sobre a população idosa residente;
- b) Aferir o número de vítimas institucionalizadas e não institucionalizadas;
- c) Analisar as diferenças de género relativamente ao tipo de comportamento abusivo;
- d) Identificar o género dos maltratantes.

III.2. Participantes

		Nº	%
Idade	65 – 74 Anos	45	30
	75 ou mais Anos	105	70
Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	73	48,7
	Ensino Básico	77	51,3
Género	Feminino	97	64,7
	Masculino	53	35,3
Valência	Institucionalizados	90	60
	Não institucionalizados	60	40

Tabela 1 - Caraterização geral da população

A amostra é constituída por 150 idosos do concelho de Paredes, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 ou mais anos. Dado que o instrumento divide o grupo etário em dois, não nos é possível identificar a idade exata dos nossos participantes. Dos idosos inquiridos 73 (48,7%) não sabe ler nem escrever, 77 (51,3%) possui o ensino básico.

Dos 150 participantes da amostra, 97 (64,7%) pertencem ao género feminino e 53 (35,3%) pertencem ao género masculino. A nossa amostra é ainda constituída por 90 (60%) de idosos institucionalizados e 60 (40%) de idosos não institucionalizados.

III.3. Instrumentos

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o inquérito por questionário individual. Este instrumento tem como nome a violência sobre idosos e é da autoria de Pires (2009). O questionário está dividido em duas partes, a primeira para administrar a idosos institucionalizados e a segunda para idosos não institucionalizados.

A primeira parte contém trinta questões, sendo quatro delas relacionadas com os dados sociodemográficos, nomeadamente: idade (por faixa etária), habilitações literárias (não sabe ler nem escrever, ensino Básico, ensino Secundário, ensino Superior, técnico /

Profissional), género (feminino ou masculino) e valências (Lar ou SAD); dez questões são relacionadas com a ligação que o idoso mantém com os filhos/familiares próximos, tais como: em média quantas horas passam sozinhos diariamente, se se sentem sozinhos, se os seus filhos/familiares próximos lhes telefonam ou visitam pelo menos uma vez por semana, quem gere as suas finanças, se alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro e se sim quem, se estão integrados neste tipo de valências por vontade próprias ou porque os filhos quiseram, ou por intermédio de vizinhos/amigos/Assistentes Sociais e se eles concordaram ou não; nove questões estão relacionadas com a instituição, nomeadamente, se as refeições são bem ou mal confeccionadas, se quando precisam de auxílio médico a instituição providencia todas as ajudas necessárias, se os ajudantes tratam-nos bem, se sentem ou não liberdade para denunciar alguma irregularidade no relacionamento entre utente e assistente, se alguma vez alguém o ameaçou fisicamente ou verbalmente, se denunciou a situação e se já foi obrigado a tomar medicação sem prescrição médica; quatro questões estão relacionadas com a valência de Lar e três com a valência de SAD e referem-se à entrada dos utentes nestas valências, questionando-os acerca da privacidade que sentem dentro da instituição, da liberdade que sentem em circular pela instituição a todas as horas do dia e da noite, se podem sair para passear e/ou visitar parentes, vizinhos e amigos, sempre que quiserem, se participaram no processo de seleção do/a ajudante de ação direta que lhe presta serviços e se, para além das ações inscritas nas competências dos ajudantes, consideram que os mesmos se predispõem a ajudá-los noutra tipo de atividades.

A segunda parte é composta por vinte e quatro questões, sendo quatro relacionadas com os dados sociodemográficos (idade, habilitações literárias, género e freguesia) e vinte questões relacionadas com a ligação que o idoso mantém com os filhos/familiares próximos, tais como: em média quantas horas passam sozinhos diariamente; se se sentem sozinhos; se os seus filhos/familiares próximos lhes telefonam ou visitam pelo menos uma vez por semana; quem gere as suas finanças; se alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro e se sim quem; se os seus filhos/familiares próximos disponibilizam-se a ajudá-lo(a) a realizar as tarefas quotidianas; se quando precisa de se deslocar ao Centro de Saúde vai sempre sozinho(a) ou se raramente vai sozinho(a) ou se vai sempre acompanhado(a); se alguma vez sentiu que, os seus familiares o tratam de forma diferente: ignorando ou subestimando as suas ideias, quando esperava que

falassem/conversassem consigo; se alguma vez alguém o ameaçou fisicamente ou verbalmente; se denunciou a situação; se já foi obrigado a tomar medicação sem prescrição médica; se alguma vez tentou integrar-se em serviços de apoio à velhice, tais como: Serviços de Apoio Domiciliário, Centro de Dia ou Lar; quem o levou a obter o apoio destes serviços e se consegue realizar as suas tarefas básicas diárias de higiene e saúde.

III.4. Procedimentos

Num primeiro momento foi solicitado à Câmara Municipal da Amadora autorização para utilizar o instrumento elaborado pelos técnicos da mesma. Após as devidas autorizações administrou-se este instrumento a idosos institucionalizados e não institucionalizados, para que pudéssemos compreender de que forma se manifestam os maus-tratos nos diferentes contextos.

Foi realizado um pedido à Câmara Municipal de Paredes, para que nos fossem facultados dados sobre a população idosa do concelho. Solicitaram-se, ainda, dados referentes ao número de instituições com valências de terceira idade do concelho de Paredes e o número de idosos existentes por valência.

Fomos informados que existem 26 instituições, com um número total de 183 utentes nas valências de Centro de Dia e Centro de Convívio e com 273 utentes em Lar e Serviços de Apoio ao Domicílio (SAD), o que dá um total de 456 utentes. As valências das quais fazem parte os idosos institucionalizados serão as de Lar e SAD, enquanto que os idosos não institucionalizados fazem parte dos Centros de Dia e Centros de Convívio.

Após a informação detalhada do número de idosos por valência procedemos ao contacto com as instituições. No seguimento das respostas obtidas e após ter sido explicado o objetivo do estudo e de informarmos do carácter anónimo, confidencial e voluntário do mesmo, procedemos à administração dos instrumentos. A administração teve lugar em várias instituições de Paredes e com uma duração aproximadamente de 5 minutos.

Foram administrados 150 questionários em contexto de internamento e outras valências. A amostra é do tipo Aleatória e Estratificada, foi selecionada aleatoriamente através de uma lista de utentes e os dados foram tratados utilizando o *software* estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*) versão 20.0.

Capítulo IV – Resultados e discussão de resultados

Neste capítulo apresentaremos a análise descritiva dos resultados obtidos. Posteriormente iremos discutir os resultados de acordo com a revisão da literatura efetuada.

IV.1. Resultados - Idosos Institucionalizados

IV.1.1. Caraterização da população

		Nº	%
Idade	65 – 74 Anos	26	28,9
	75 ou mais Anos	64	71,1
Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	49	54,4
	Ensino Básico	41	45,6
Género	Feminino	52	57,8
	Masculino	38	42,2
Valências	Lar	36	40
	SAD	54	60

Tabela 2 – Caraterização da população institucionalizada

A amostra é constituída por 90 idosos do concelho de Paredes, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 ou mais anos. Dado que o instrumento divide o grupo etário em dois, não nos é possível identificar a idade exata dos nossos participantes. Dos idosos inquiridos 49 (54,4%) não sabe ler nem escrever, 41 (45,6%) possui o ensino básico.

Dos 60 participantes da amostra, 52 (57,8%) pertencem ao género feminino e 38 (42,2%) pertencem ao género masculino. 36 (40%) utentes pertencem à valência de Lar e 54 (60%) pertencem à valência de SAD.

IV.2. Tipologias de maus-tratos

IV.2.1. Solidão

	Frequência	Percentagem
Menos de 3 horas	59	65,6
3 a 5 horas	10	11,1
5 a 10 horas	19	21,1
Mais de 10 horas	2	2,2
Total	90	100,0

Tabela 3 - Em média, quantas horas passa sozinho/a diariamente?

Em relação à solidão verifica-se que apenas 2 (2,2%) idosos passam mais de 10 horas sozinhos diariamente e que a maioria dos idosos (65,6%) passa menos de 3 horas sozinhos.

IV.2.2. Abuso financeiro

	Frequência	Percentagem
Sim	7	7,8
Não	82	91,1
Não sabe/não responde	1	1,1
Total	90	100,0

Tabela 4 – Alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro?

No que concerne ao abuso financeiro podemos constatar que 7 (7,8%) idosos mencionaram já terem sido vítimas deste tipo de abuso, culpabilizando os filhos/as e os genros/noras como autores do abuso.

IV.2.3. Violência física

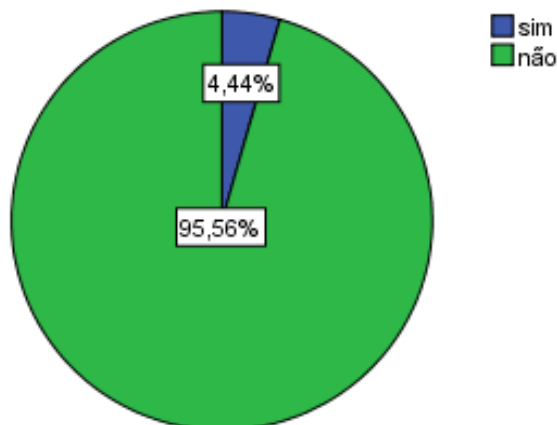


Gráfico 1 – Alguma vez alguém o/a ameaçou, tocando-lhe de uma forma que você não gosta ou causando-lhe danos físicos?

Relativamente aos maus-tratos físicos pode verificar-se que em 90 utentes 4,4% destes referiram já terem sido vítimas de violência e 95,6% afirmaram que nunca sofreram danos físicos.

IV.2.4. Violência verbal

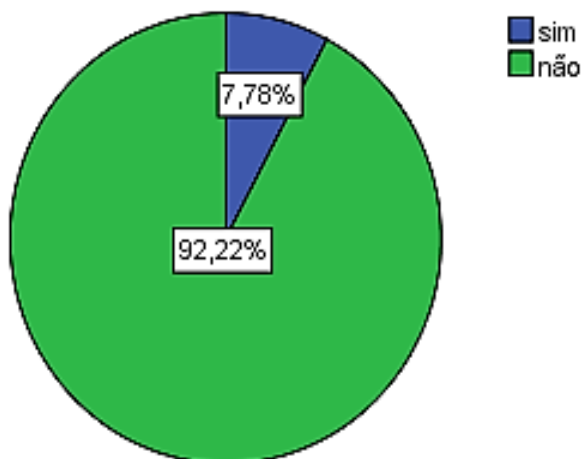


Gráfico 2 – Alguma vez alguém o/a ameaçou verbalmente, falando-lhe de uma forma que você não gosta, ofendendo-o?

Em relação à violência verbal verifica-se que, dos 90 idosos inquiridos, 7,8% afirmaram que já foram alvos de ameaças verbais sentindo-se ofendidos e 92,2 % disseram que nunca foram vítimas desta forma de violência.

IV.2.5. Negligência

	Frequência	Percentagem
Sim	1	1,1
Não	88	97,8
Não sabe/não responde	1	1,1
Total	90	100,0

Tabela 5 - Já foi obrigado/a a tomar medicação sem a mesma ser prescrita pelo médico?

Podemos constatar que a negligência em relação a obrigar os idosos a tomar medicação sem a devida prescrição médica tem uma percentagem apenas de 1,1%. 97,8% dos idosos afirmaram nunca terem sido obrigados a tomar medicação sem aconselhamento médico.

IV.3. Resultados - Idosos Não Institucionalizados

IV.3.1. Caraterização da população-alvo

		Nº	%
Idade	65 – 74 Anos	19	31,7
	75 ou mais Anos	41	68,3
Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	24	40
	Ensino Básico	36	60
Género	Feminino	45	75
	Masculino	15	25
Freguesias	Aguiar de Sousa	2	3,3
	Baltar	5	8,3
	Louredo	1	1,7
	Madalena	7	11,7
	Marco de Canaveses	2	3,3
	Mouriz	4	6,7
	Ramos	1	1,7
	Recarei	20	33,3
	Sobreira	15	25
	Sobrosa	1	1,7
	Vandoma	1	1,7
	Não sabe	1	1,7

Tabela 6 – Caraterização da população não institucionalizada

A amostra é constituída por 60 idosos do concelho de Paredes, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 ou mais anos. Dado que o instrumento divide o grupo etário em dois, não nos é possível identificar a idade exata dos nossos participantes. Dos idosos inquiridos 24 (40%) não sabe ler nem escrever, 36 (60%) possui o ensino básico.

Dos 60 participantes da amostra, 45 (75%) pertencem ao género feminino e 15 (25 %) pertencem ao género masculino e habitam em diversas freguesias, nomeadamente: Aguiar de Sousa, Baltar, Louredo, Madalena, Marco de Canaveses, Mouriz, Ramos, Recarei, Sobreira, Sobrosa e Vandoma.

IV.4. Tipologias de maus-tratos

IV.4.1. Solidão

	Frequência	Percentagem
Menos de 3 horas	32	53,3
3 a 5 horas	22	36,7
5 a 10 horas	5	8,3
Não sabe/não responde	1	1,7
Total	60	100,0

Tabela 7 - Em média, quantas horas passa sozinho/a diariamente?

No que respeita a solidão, constatamos que a maior parte dos idosos (53,3%) passam menos de três horas sozinhos ou 3 a 5 horas (36,7%) diariamente.

IV.4.2. Abuso financeiro

	Frequência	Percentagem
Sim	2	3,3
Não	56	93,3
Não sabe/não responde	2	1,7
Total	60	100,0

Tabela 8 – Alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro?

Relativamente ao abuso financeiro verifica-se que apenas 2 utentes (3,3%) afirmaram terem sido alvos de extorsão, expondo os filhos/as como os/as autores do roubo. 93,3% afirmaram não terem sido vítimas deste abuso.

IV.4.3. Violência física

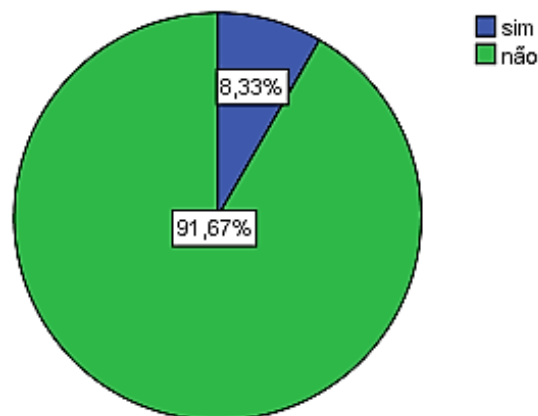


Gráfico 3 – Alguma vez alguém o/a ameaçou, tocando-lhe de uma forma que você não gosta ou causando-lhe danos físicos?

Em relação à violência física podemos constatar que, em 60 utentes, 8,3% alegaram terem sido vítimas de violência e 91,7% afirmaram nunca terem sido agredidos.

IV.4.4. Negligência

	Frequência	Percentagem
Sim	2	3,3
Não	56	93,3
Não sabe/não responde	2	3,3
Total	60	100,0

Tabela 9 – Alguma vez sentiu que, os seus familiares o/a tratam de forma diferente: ignorando ou subestimando as suas ideias, quando esperava que falassem/conversassem consigo?

No que toca a negligência podemos observar que apenas 3,3% da população não institucionalizada inquirida viram as suas ideias serem subestimadas pelos seus familiares.

	Frequência	Percentagem
Sim	53	88,3
Não	5	8,3
Não sabe/não responde	2	3,3
Total	60	100,0

Tabela 10 – Os seus filhos/familiares próximos disponibilizam-se a ajudá-lo/a a realizar as tarefas quotidianas?

88,3% dos utentes afirmaram que os seus familiares os ajudam a realizar as tarefas diárias e 8,3% responderam que não obtêm a ajuda dos familiares.

	Frequência	Percentagem
Sim	52	86,7
Não	7	11,7
Não sabe/não responde	1	1,7
Total	60	100,0

Tabela 11 – Os seus filhos/familiares visitam-no/a pelo menos ½ vezes por semana?

Em relação às visitas dos filhos/familiares, 52 idosos (86,7%) mencionaram que recebem estas visitas e 7 idosos (11,7%) afirmaram que não têm visitas dos filhos/familiares todas as semanas. Todos os utentes referiram que nunca foram obrigados a tomar medicação sem prescrição médica.

IV.5. Discussão de resultados

Neste ponto será apresentado o resumo dos dados obtidos através da administração dos questionários, comparando os resultados nas diferentes populações em estudo e confrontando-os com o quadro teórico apresentado na primeira parte do nosso estudo.

Verifica-se que a população inquirida é maioritariamente do género feminino, afigurando-se a seguinte distribuição: 97 (64,7%) questionários aplicados ao género feminino e 53 (35,3%) ao género masculino. No que respeita à faixa etária, os inquiridos têm na sua maioria idades a partir dos 75 anos (70%) e a escolaridade predominante é a 4ª classe (51,3%) (equivalente ao Ensino Básico nos questionários).

Constata-se que esta população associa o envelhecimento a um estado negativo, de dependência, de solidão e ao aparecimento de diversas patologias tanto a nível físico como psíquico. Dias (2005) refere na teoria da subcultura, que os idosos possuem uma cultura própria de isolamento e Fernandes-Ballesteros (2004) afirma ainda que, a mesma teoria destaca a solidão devido à perda de pessoas queridas que ao longo dos anos foram vendo partir. O nosso estudo vai também de encontro às ideias de Cardão (2009) quando este menciona que, ainda predominam na sociedade atual uma série de preconceitos e estereótipos, representando assim a velhice de forma negativa. Contudo, Osório (2007) refere que os estereótipos negativos sobre as pessoas idosas estão a mudar na nossa sociedade e Cardão (2009) afirma também que, esta visão negativa que a sociedade tem sobre o envelhecimento vai sendo corrigida através de diversos trabalhos científicos.

No que concerne a situações de solidão no nosso estudo, pode verificar-se que o número de horas que os idosos passam em média sozinhos, não excede, na sua maioria, as 3 horas diárias, não se registando sentimentos de solidão, tanto nos idosos institucionalizados como nos idosos não institucionalizados.

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada e segundo a APAV (2009) a vítima é uma pessoa singular que sofreu danos morais ou um atentado à integridade física ou mental. Os nossos resultados indicam a existência de 4,4% de situações de violência física no grupo dos idosos institucionalizados e 8,3% de existência de situações no grupo dos idosos não institucionalizados. Segundo o Manual Alcipe (2010) a teoria do isolamento social afirma que este é um fator de risco para as pessoas idosas, sendo esta variável frequente nas vítimas de violência física. Em relação à violência verbal verifica-se que 7,8% dos idosos inquiridos já foram alvo deste tipo de atrocidade.

No nosso estudo foi nos idosos institucionalizados que se encontrou o maior número de situações de abuso financeiro, totalizando 7,8% de situações, que referiram como principais autores os/as filhos/as e os/as noras/genros, o que vai de encontro ao estudo efetuado na Nova Zelândia (Age Concern New Zealand, 2005 & Hong, 2004, *cit. in* Glasgow & Fanslow, 2007) quando afirmam que qualquer pessoa que lida com pessoas idosas pode ser o agressor, nomeadamente: o parceiro/conjuge; filhos adultos ou outro

parente; amigo, vizinho ou visitante; paciente ou utente; prestador de cuidados de saúde ou auxiliares de ação direta; dono de instituições de terceira idade; trabalhador voluntário ou a pessoa que tutela os assuntos do idoso. Segundo Krug (2002) uma relação negligente ou abusiva entre o idoso e o seu cuidador domiciliário pode não terminar mesmo quando o idoso entra para uma instituição, o abuso pode continuar sob um novo formato. De acordo com Daichman, Aguas & Spencer (2008) um dos abusos mais frequentes praticado em contexto institucional é o abuso financeiro, o que vai de encontro ao nosso estudo. No que concerne aos idosos não institucionalizados, foram apuradas 2 (3,3%) situações de abuso financeiro, sendo apontados os filhos como os autores do furto. O nosso estudo referencia na teoria das relações de troca e dependência que, tanto a elevada dependência dos idosos em relação à prestação de cuidados por parte de familiares (e. g., filhos), como a dependência destes em relação às prestações financeiras, são fatores de risco de violência (Manual Alcipe, 2010). No total registaram-se 9 situações de idosos a quem lhes foi retirado dinheiro sem autorização do próprio.

De acordo com Glasgow e Fanslow (2007) a negligência ocorre quando uma outra pessoa (e. g., cuidador) não satisfaz as necessidades físicas e emocionais do idoso. No nosso estudo a negligência está presente, embora exiba uma baixa percentagem. Constata-se 1,1% de negligência nos idosos institucionalizados em relação a tomarem medicação sem ser prescrita pelo médico. Relativamente aos idosos não institucionalizados podemos verificar que 3,3% deste grupo já sentiram que as suas ideias foram ignoradas ou subestimadas pelos seus familiares, quando na verdade esperavam que conversassem com eles; 8,3% deste mesmo grupo afirmaram que os seus familiares não os ajudam nas tarefas diárias; 11,7% destes idosos afirmaram que não recebem visitas dos seus filhos ou outros familiares pelo menos uma vez por semana e todos referiram que nunca foram obrigados a tomar medicação sem prescrição médica.

IV.6. Limitações e propostas para novos trabalhos

O presente estudo foi condicionado por restrições de tempo, o que determinou a redução do número de participantes e a utilização de outras metodologias.

Apesar de grande parte da investigação sobre a violência contra idosos se basear em idosos institucionalizados, este tipo de amostra não permite a generalização dos resultados para a restante população.

Outra limitação deste estudo prende-se com a própria metodologia utilizada. As recolhas de dados baseadas em medidas de autorrelato são conhecidas por serem susceptíveis ao efeito de desejabilidade social dos participantes.

A utilização de um método qualitativo poderia enriquecer enormemente o trabalho apresentado, pois o estudo quantitativo apenas nos fornece estatísticas e muitas vezes não conseguimos chegar às verdadeiras razões do problema.

Os estudos longitudinais também poderão ser bastante ricos em informação, especialmente no que diz respeito à evolução da violência no contexto familiar dos idosos.

Reflexões Finais

Tendo em conta o pressuposto que nos levou a este estudo, a existência ou não de situações de violência e/ou maus-tratos a idosos residentes no concelho de Paredes, serão apresentadas, neste ponto, as principais conclusões obtidas com a recolha, tratamento e análise dos dados obtidos com a administração dos questionários à população-alvo.

Em suma, verificámos que não existem diferenças significativas entre os grupos-alvo, o que nos impossibilita de tirar conclusões exatas e devidamente fundamentadas acerca da prevalência de casos de violência. Segundo o quadro teórico apresentado, o fenómeno da violência é universal, não se limita a nenhum dos géneros e pode ocorrer em diferentes cenários, nomeadamente: em casas particulares ou em instituições sociais.

Podemos verificar que na atualidade os idosos cada vez menos permanecem em silêncio, acabando por denunciar as situações que menos lhes agradam, embora ainda existam idosos que não sabem identificar os maus-tratos, o que torna difícil a investigação nesta área.

Como se pode averiguar a partir da análise dos dados apurados no nosso estudo e em congruência com os mesmos, constatou-se que é o abuso financeiro no grupo dos idosos institucionalizados regista o maior número de ocorrências (7,8%). Os principais autores dos furtos apontados foram os filhos/as (3,3%) e os genros/noras (3,3%).

Verificou-se a existência de uma rede de apoio familiar estável. Os questionários revelaram que os filhos acabam por estabelecer uma relação de proximidade, fazendo visitas regulares. As relações estabelecidas entre as entidades prestadoras de cuidados e os utentes revelaram ser positivas, notando-se um esforço por parte da instituição em corresponder às necessidades do utente.

Foi possível verificar que a maioria dos idosos procura o apoio das instituições, nomeadamente: Centros de Dia, Centros de Convívio, SAD e Lares, para escaparem da solidão que os assombra muitas vezes ao ficarem nas suas casas. Constatou-se também

que as poucas situações de agressões existentes são importantes para a sociedade estar atenta a estes fenómenos que atormentam a vida dos mais velhos, não devendo ser menosprezadas.

Após a análise das principais conclusões retiradas do presente estudo, torna-se importante apresentar algumas sugestões de intervenção e prevenção, tais como: procurar estratégias de combate ao isolamento através da promoção de atividades exteriores e de convívio; promover atividades intergeracionais, de forma a aumentar a autoestima dos idosos (e. g., através da troca de experiências); promover sessões de sensibilização, esclarecimento, informação e formação sobre as questões da violência, junto dos técnicos das instituições e dos responsáveis pela prestação de cuidados, sejam ele familiares ou auxiliares de ação direta, de forma a promover o respeito pela identidade e vontade do idoso.

Referências Bibliográficas

- Alves, J. F. (2005). *Fatores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Universidade do Minho. [Em linha]. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20neglig%C3%A2ncia%20-%20ciencias%20criminais.pdf>>. [Consultado em: 05/06/2012].
- Alves, J. & Sousa, M. (2005). *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminary*. Volume 15, pp. 303-315. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- APAV (2010). *Manual Titono. Para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime*. Lisboa, artes gráficas Simões, Lda.
- APAV (2009). *Project Victims in Europe*. Lisboa. [Em linha]. Disponível em: <www.apav.pt/vine/images/report_vine_pt.pdf>. [Consultado em: 25/09/2012].
- Araújo, L. F., & Lobo Filho, J. G. (2009). *Análise psicossocial da violência contra idosos*. Psicologia: Reflexão e Crítica. [Em linha]. Disponível em: <www.scielo.br/prc>. [Consultado em: 24/07/2012].
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa, Edições Coisas de Ler.
- Cardoso, J. C. & Segal, U. A. (2009). *Family Violence and elder abuse - an insight on concepts and practices for caregivers*. Revista da Faculdade de Ciencias da Saúde. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. [Em linha]. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1287>>. [Consultado em: 29/05/2012].
- Daichman, L., Aguas, S., & Spencer, C. (2008). *Elder Abuse*. In *Mental and Neurological Public Health*. Elsevier. [Em linha]. Disponível em: <repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26898/3/Tese%20Final.pdf>. [Consultado em: 24/07/2012].

Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra os idosos*. Faculdade de letras da Universidade do Porto: Sociologia. [Em linha]. Disponível em: <ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>. [Consultado em: 24/07/2012].

Dias, I. (2009). *Os Maus-tratos aos Idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social*. Faculdade de letras da Universidade do Porto. [Em linha]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/17982>. [Consultado em: 30/07/2012].

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social. Una introducción*. Madrid, Ediciones Pirámide.

Freitas, E. V., Py, L., Cançado F. A. X., Doll, J. & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Edições Guanabara Koogan S. A.

Glasgow, K. & Fanslow, J. L. (2007). *Family Violence Intervention Guidelines: elder abuse and neglect*. Wellington, Ministry of Health. [Em linha]. Disponível em: <http://sgdatabse.unwomen.org/uploads/family%20violence%20guidelines%20elder%20abuse%20neglect.pdf>. [Consultado em: 22/05/2012].

Gonçalves, R. A. (2005). *Psicologia forense*. 1ª Edição. Psicologia clinica e psiquiatria. Coimbra, edições Quarteto.

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra, Edição Formasau – Formação e Saúde.

Karl, P. (2008). *As raízes da violência. Reflexão de um neurobiologista*. Coleção Epigénese – Desenvolvimento e Psicologia. Instituto Piaget, Edições Odile Jacob.

Krug, E.G. *et al.* (2002). *World report on violence and health. Chapter 5 – Abuse of the elderly*. Geneva, World Health Organization. [Em linha]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>. [Consultado em: 19/06/2012].

Manual Alcipe. (2010). *Para o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica*. 2ª Edição Revista e Actualizada. [Em linha]. Disponível em:

<pt.scribd.com/doc/49936157/83/BIBLIOGRAFIA-UTILIZADA>. [Consultado em: 30/07/2012].

Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., Quin, S., O'Loughlin, A. & Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: report on the National Study of elder abuse and neglect. University College Dublin.* [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf>>. [Consultado em: 08/05/2012].

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Legis Editora.

Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa, Instituto Piaget.

Pires, S. (2009). *Violência sobre idosos*. Amadora, Gabinete de Ação Social.

Anexos

Anexo A – Questionário – Idosos institucionalizados

1. Idade

- 1). [65 - 74] Anos
- 2). [75 – ∞] Anos

2. Habilitações Literárias:

- 1). Não sabe ler nem escrever
- 2). Ensino Básico
- 3). Ensino Secundário
- 4). Ensino Superior
- 5). Técnico / Profissional

3. Sexo:

- 1). Feminino
- 2). Masculino

4. Valência:

- 1). Lar
- 2). SAD

**ASSINALE COM UM (X) A RESPOSTA QUE LHE PARECE MAIS
ADEQUADA**

5. Para si ser velho é:

- 1). Ser dependente
- 2). Necessitar de afecto
- 3). Sabedoria
- 4). Tristeza
- 5). Experiência
- 6). Improdutivo
- 7). Ter idade avançada
- 8). Fim da vida
- 9). Não sabe/Não responde

6. Em média, quantas horas passa sozinho(a) diariamente?

- 1). Menos de 3 horas
- 2). 3 a 5 horas
- 3). 5 a 10 horas
- 4). Mais de 10 horas
- 5). Não sabe/Não responde

7. Sente-se sozinho(a)?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

8. Tem filhos ou família próxima?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

9. Os seus filhos/familiares próximos visitam-no(a) pelo menos ½ vezes por semana?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

10. Os seus filhos/familiares próximos telefonam-lhe, pelo menos uma vez por dia, a saber se está bem ou precisa de alguma coisa?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

11. Quem gere as suas finanças?

- 1). O/A próprio(a)
- 2). Os filhos
- 3). Outros familiares ou amigos
- 4). Não sabe/Não responde

12. Alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

13. Se sim, quem?

- 1). Filhos
- 2). Irmãos
- 3). Netos
- 4). Genros/Noras
- 5). Vizinhos
- 4). Outros

14. Está integrado neste tipo de valência...

- 1). Por vontade própria
- 2). Os seus familiares assim o quiseram e você concordou
- 3). Os seus familiares assim o quiseram e você não concordou
- 4). Por intermédio de vizinhos/amigos/Assistentes Sociais e você concordou
- 5). Por intermédio de vizinhos/amigos/Assistentes Sociais, mas não concordou
- 6). Não Sabe/Não Responde

Tendo em conta o atendimento prestado pela instituição

ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE LHE PARECE MAIS ADEQUADA

15. As refeições...

- 1). A comida e bem confeccionada e vem quente
- 2). A comida e bem confeccionada mas vem fria
- 3). A comida e mal confeccionada mas vem quente
- 4). A comida e mal confeccionada e vem fria
- 5). Não sabe/Não responde
- 6). Não faço refeições na instituição

16. Quando precisa de auxílio médico sente que, por parte da instituição, são providenciadas todas as ajudas necessárias?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

17. Os ajudantes...

- 1). Tratam-no(a) muito bem
- 2). Tratam-no(a) bem
- 3). Tratam-no(a) mal
- 4). Tratam-no(a) muito mal
- 5). Outra
- 6). Não sabe/ Não responde

18. Ao dar conta de alguma irregularidade no relacionamento entre utente e assistente...

- 1). Sente liberdade em denunciar a irregularidade
- 2). Denuncia a irregularidade, embora saiba que nada será feito para sancionar o transgressor
- 3). Não denuncia a situação, porque teme sofrer represálias
- 4). Não sabe/ Não responde
- 5). Outra

19. Alguma vez alguém o(a) ameaçou, tocando-lhe de uma forma que você não gosta ou causando-lhe danos físicos?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

20. Se sim, denunciou essa situação?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

21. Alguma vez alguém o(a) ameaçou verbalmente, falando-lhe de uma forma que você não gosta, ofendendo-o?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

22. Se sim, denunciou essa situação?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

23. Já foi obrigado a tomar medicação sem a mesma ser prescrita pelo médico?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

ASSINALE COM UM (X) A RESPOSTA QUE LHE PARECE MAIS

ADEQUADA

Valência: Lar

24. Aquando da mudança para o lar, pôde fazer-se acompanhar de alguns dos seus bens materiais pessoais?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

25. Pode sair para passear e/ou visitar parentes, vizinhos e amigos, sempre que quiser, desde que informe onde poderá ser encontrado?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

26. Circula livremente pela instituição a todas as horas do dia e da noite?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

27. Sente que a sua privacidade é preservada?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

ASSINALE COM UM (X) A RESPOSTA QUE LHE PARECE MAIS

ADEQUADA

Valência: SAD

28. O ajudante encarregue dos seus cuidados, mexe nos seus objectos pessoais?

- 1). Sim, mas com a minha autorização
- 2). Sim, embora sem consentimento
- 3). Não
- 4). Não sabe/ Não responde

29. Foi parte participativa do processo de selecção do ajudante de acção directa que lhe presta serviços?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

30. Para além das acções inscritas nas competências dos ajudantes, considera que os mesmos se dispõem a ajuda-lo noutro tipo de actividades?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

Anexo B – Questionário – Idosos não institucionalizados

1. Idade

- 1). [65 - 74] Anos
- 2). [75 – ∞] Anos

2. Habilitações Literárias:

- 1). Não sabe ler nem escrever
- 2). Ensino Básico
- 3). Ensino Secundário
- 4). Ensino Superior
- 5). Técnico / Profissional

3. Sexo:

- 1). Feminino
- 2). Masculino

4. Freguesia: _____

**ASSINALE COM UM (X) A RESPOSTA QUE LHE PARECE MAIS
ADEQUADA.**

5. Para si ser velho é:

- 1). Ser dependente
- 2). Necessitar de afecto
- 3). Sabedoria
- 4). Tristeza
- 5). Experiência
- 6). Improdutivo
- 7). Ter idade avançada
- 8). Fim da vida
- 9). Não sabe/Não responde

6. Vive sozinho(a)?

- 1). Sim
- 2). Não

3). Não sabe/Não responde

7. Em média, quantas horas passa sozinho(a) diariamente?

- 1). Menos de 3 horas
- 2). 3 a 5 horas
- 3). 5 a 10 horas
- 4). Mais de 10 horas
- 5). Não sabe/Não responde

8. Sente-se sozinho(a)?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

9. Consegue realizar sozinho(a) as tarefas básicas diárias de higiene e saúde?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

10. Tem filhos ou família próxima?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

11. Os seus filhos/familiares próximos disponibilizam-se a ajuda-lo(a) a realizar as tarefas quotidianas?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

12. Quando precisa de se deslocar ao Centro de Saúde...

- 1). Vai sempre sozinho(a)
- 2). Raramente vai sozinho(a)
- 3). Vai sempre acompanhado(a)

4). Não sabe/Não responde

13. Os seus filhos/familiares visitam-no(a) pelo menos 1/2 vezes por semana?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

14. Os seus filhos/familiares telefonam-lhe, pelo menos uma vez por dia, a saber se está bem?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

15. Quem gere as suas finanças?

- 1). O/A próprio(a)
- 2). Os filhos
- 3). Outros familiares ou amigos
- 4). Não sabe/Não responde

16. Alguma vez deu conta que lhe tirassem dinheiro?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

17. Se sim, quem?

- 1). Filhos
- 2). Irmãos
- 3). Netos
- 4). Genros/Noras
- 5). Vizinhos
- 4). Outros

18. Alguma vez sentiu que, os seus familiares o tratam de forma diferente: ignorando ou subestimando as suas ideias, quando esperava que falassem/conversassem consigo?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

19. Alguma vez alguém o/a ameaçou, tocando-lhe de uma forma mais agressiva, causando-lhe danos físicos?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

20. Se sim, denunciou essa situação?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

21. Já foi obrigado a tomar medicação sem a mesma ser prescrita pelo médico?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/ Não responde

22. Alguma vez tentou integrar-se em serviços de apoio à velhice?

- 1). Sim
- 2). Não
- 3). Não sabe/Não responde

23. Assinale por favor a que tipo de serviços se candidatou

- 1). Serviços de Apoio Domiciliário
- 2). Centro de Dia
- 3). Lar

24. Quem o levou a tentar obter o apoio destes serviços?

- 1). Iniciativa própria
- 2). Iniciativa dos filhos
- 3). Conselho dos amigos
- 4). Outra
- 5). Não sabe/Não responde